4°
2

7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 164.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 juillet 1853,

Par J.-N. FONBEL-MARTIN,
né à Saint-André (île Bourbon).

DE LA SUETTE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.
RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

1853. — *Fonbel-Martin.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	....
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE, Examinateur.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD, Président. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX, Examinateur.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN, Examinateur.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET SOEURS.

A MES AMIS

A. DUFAY ET ED. LE COUTOUR.

A MESSIEURS

NACQUART,

Membre de l'Académie impériale de Médecine, etc.,

VALLEIX,

Médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.,

RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, etc.

Témoignage de profonde reconnaissance.

Je prie M. C. Pajot, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, de vouloir bien recevoir l'expression de ma reconnaissance pour les bonnes leçons que j'ai puisées à son enseignement,

DE

LA SUETTE.

Pendant la dernière invasion du choléra en France, je fus envoyé par le gouvernement dans le département de l'Aisne. Là je me trouvai en face de deux épidémies, au lieu d'une seule que je m'attendais à rencontrer; la suette y régnait aussi. Je me rappelai alors les opinions dissidentes qui ont cours dans la science et sur la suette elle-même, et sur l'espèce d'association que quelques auteurs sont disposés à reconnaître entre ces deux affections. Profitant alors de cette circonstance, j'étudiai la suette avec un soin tout particulier. Dans les trois villages qui se partageaient mes soins, plus de 200 malades me permirent de rectifier quelques idées de mes contemporains, et de reconnaître des vérités oubliées dans les livres des anciens auteurs; et, comme on s'en assurera dans le cours de ce travail, mes recherches m'ont prouvé plus tard que j'avais bien observé et bien vu. C'est donc le fruit de cette étude que je viens soumettre ici au jugement de mes savants maîtres.

DÉFINITION. — La suette est une affection fébrile, aiguë, non contagieuse, épidémique et endémique, caractérisée par des sueurs abondantes. Ces sueurs sont ou non suivies d'une éruption tantôt partielle, tantôt générale, à laquelle on a donné le nom de *miliaire;* d'où, à tort, le nom de *suette miliaire,* donné à la maladie. Je m'abstiendrai, dans le courant de ce travail, de me servir de la dénomination de *suette miliaire;* et, pour n'y plus revenir, je vais

tout d'abord tâcher de prouver, ainsi que l'admet M. le professeur Bouillaud, que cette éruption ne doit être considérée que comme un accident qui peut survenir dans le cours de l'affection, sans en être un caractère propre, et dont on doive se servir pour la désigner.

L'opinion généralement admise veut que l'éruption soit un phénomène de l'essence de la suette. Mais si, en réalité, il existe une connexion intime entre la cause et l'effet, comment se fait-il que, dans les relations qui nous ont été transmises par les auteurs, non-seulement nous constations des variétés dans le genre de l'éruption, mais, de plus, de nombreux cas où cette éruption a complétement manqué, même dans tout le cours d'une épidémie? Voudrait-on m'opposer les fièvres éruptives où l'on a vu l'éruption faire défaut? Cette objection ne serait pas sérieuse; car, sans contester ces observations, je dirai que ces faits ne sont pas nombreux d'une part, et que d'autre part, alors que l'éruption se montre, elle est toujours identique à elle-même.

Si la miliaire se produit fréquemment dans la suette, n'apparaît-elle pas encore dans une foule d'autres maladies fébriles? Je dis plus; on ne saurait la restreindre aux seuls cas pathologiques, puisque maintes fois on l'a vu naître sous l'influence d'autres conditions. Et pourquoi donc se refuser à considérer la miliaire comme indépendante de la suette, quand chacun sait aujourd'hui que c'est presque constamment deux, trois, et quelquefois huit jours, après l'établissement de la sueur, qu'elle se manifeste? Il ne me semble donc pas impossible que ce liquide détermine un exanthème par sa continuité d'action sur une peau douée de plus ou moins d'irritabilité, soit par sa nature même, soit par des propriétés acquises dans les vêtements qui séjournent sur le corps. De plus, l'époque de l'éruption, n'étant pas la même pour tous dans une même épidémie, m'autorise encore à accorder quelque valeur à la résistance plus ou moins grande de la peau à l'action de l'agent excitateur. Je n'ignore pas que Pujol, ayant soustrait ses malades à l'influence de la cha-

leur et du régime échauffant, que de Haen accusait, avec raison, de produire la miliaire, que M. Rayer, en 1821, traitant les siens par la méthode antiphlogistique, avaient vu, l'un et l'autre, l'éruption se montrer parfois confluente, parfois discrète. Ces observations n'infirment en rien ma proposition, puisque ces auteurs, dans cette circonstance, n'ont jamais tenu compte de l'action de la sueur. Tout en constatant la spontanéité de l'éruption, malgré des soins convenables, Pujol avoue qu'un de ses confrères, à Castres, avait observé que les personnes tenues proprement, dans des lieux bien aérés, et légèrement couvertes, n'avaient jamais d'éruption, et que lui-même, en changeant de méthode, avait obtenu de bien meilleurs résultats sous tous les rapports.

Enfin un auteur, qui fait aussi de la miliaire le caractère essentiel de la maladie, me fournira lui-même un argument en faveur de l'idée que je soutiens. Planchon, à la fin de sa dissertation, parlant de la fièvre miliaire qui désolait les Pays-Bas en 1757-58, s'exprime ainsi : « Cette épidémie moissonnait bien des victimes, et la méthode curative qu'on lui opposait donnait des forces à cette hydre meurtrière qui se multipliait chaque jour et répandait l'alarme et la terreur dans les campagnes qu'elle ravageait... A une conduite incendiaire, qui attisait un feu qui consumait déjà trop, on opposa une conduite toute contraire : on prodigua les saignées, dont on était avare; on ne prescrivit plus que des rafraîchissants; *alors les sueurs n'étaient plus que des moiteurs, il ne paraissait point d'éruption, et les malades guérissaient en peu de temps.* »

Synonymie. — Les dénominations sous lesquelles on a désigné la suette sont très-nombreuses et indiquent toutes les idées que les auteurs se formaient de la nature de l'affection, ou bien font allusion au symptôme qui les a le plus frappés; je signalerai les suivantes comme les principales : *febris sudorifica*, *sudor anglicus*, *pestilens*, suette des Picards, *febris miliaris*, fièvre putride, miliaire, suette miliaire, suette.

Historique. — On a avancé qne la suette était connue des anciens, qu'Hippocrate même l'avait observée. Aucun des passages cités à l'appui de cette assertion, et pris d'un côté et d'autre dans ces auteurs, ne saurait s'appliquer à cette maladie, que l'on convient généralement ne pas remonter au delà de l'année 1485. J. Frank pense qu'elle a pris naissance en France avant cette époque; son erreur tient à ce qu'il a confondu sous une même date deux passages de Senac, extraits de Quercetanus, et parfaitement distincts : dans l'un, il est question de la peste qui ravagea Paris en 1450; dans l'autre, on trouve la description d'une peste *dégénérée* qui se montre à partir du 15e siècle. Ce genre de peste, qui dès lors se manifesta en Allemagne et en France, est rattaché par Quercetanus au *sudor anglicus;* mais la symptomatologie que Senac nous en a tracée, et qui se rapporte bien à la suette, ne se trouve pas dans cet auteur. La plupart des médecins qui ont observé la fièvre ou la suette miliaire la font remonter à l'épidémie de Leipsick de 1652, et la distinguent du *sudor anglicus,* en ce que celui-ci était de nature pestilentielle et ne présentait jamais d'éruption. Quelques-uns cependant n'ont vu là qu'une même affection; cette opinion malheureusement a eu pour conséquence de faire revivre la plus désastreuse des méthodes thérapeutiques. Quant à la miliaire, je prouverai bientôt qu'elle a été observée dans la maladie anglaise.

Jusqu'à preuve du contraire, il reste donc établi que la suette s'est montrée pour la première fois pendant l'automne de 1485, sous le règne de Henri VII, qui lui-même en fut atteint, et courut le plus grand danger. Cette maladie débutait subitement, tout le corps se couvrait d'une sueur fétide et mortelle, et en même temps la tête était douloureuse, et l'estomac était le siége d'un sentiment d'ardeur. Après vingt-quatre heures, la sueur venant à cesser, quelques-uns recouvraient la santé, mais ils n'étaient pas à l'abri de rechutes souvent funestes. Il périt beaucoup de monde avant qu'on eût trouvé le remède suivant : repos au lit pendant vingt-quatre

heures, se couvrir de manière à ne pas provoquer la transpiration, s'abstenir de toute nourriture, et ne prendre que juste la quantité de boisson nécessaire pour étancher la soif (Polidorus Vergelius, *Hist. angl.*, p. 567). Dans cette même épidémie, qui, suivant Bacon (*Hist. reg. Henr. VII*), n'était point contagieuse et avait une durée très-courte, on n'observait aucun exanthème; la plupart de ceux qui se maintenaient dans une douce température et évitaient le froid et la chaleur revenaient à la santé.

La suette reparut en Angleterre en 1506, 1517, 1528, pendant l'été et l'automne; au mois de mai 1551, elle y exerça de nouveaux ravages.

Cette épidémie, au rapport de Joh. Caïus (*de Epheín. Britann.*), était contagieuse, frappait instantanément les individus les mieux portants, surtout les hommes de trente à quarante ans, respectait les enfants et les vieillards, et enlevait 800 personnes la première semaine. La boisson devait être chaude pour favoriser la sueur, et si ce moyen ne réussissait pas, on frictionnait le malade.

Une fièvre épidémique, qui n'est autre chose que la suette, régna de 1685 à 1686. Il est dangereux, observe Sydenham, de garder le lit, même légèrement couvert; car la fièvre, se portant à la tête, cause une frénésie ou plutôt un délire tranquille dont il est difficile de débarrasser le malade. L'usage des cordiaux et un régime échauffant causent des taches pourprées, et la chaleur du lit contribue à entretenir les sueurs, qui soulagent peu. Il n'est pas rare de voir subsister, après la maladie, des symptômes légers qui se dissipent à mesure que les forces reviennent.

En 1713 il y eut une épidémie que Mead décrivit sous le nom de *fièvre de Dunkerque*.

D'après Sennert (*de Sud. angl.*), la maladie ne pénétra sur le continent qu'au 16e siècle, et ravagea le sud de la Germanie, le Danemark, la Norvège, la Belgique, la Hollande, la Gaule, depuis 1525 jusqu'à 1530.

En 1529, elle sévissait à Anvers, se déclarait souvent la nuit par du frisson ou des horripilations, des sueurs fétides, des angoisses précordiales, de la céphalalgie, des vertiges, une faiblesse générale. Chez quelques-uns, il s'est produit une éruption *et in pluribus exeunt morbilli;* chez d'autres, la mort est survenue parce qu'ils ont été maintenus trop longtemps sous leurs couvertures. Il était dangereux de s'exposer à l'air; mais, ajoute J. Castricus (*de Sud epid.*) : « Fateor « tamen nonnullos in quibus virtus fuit fortis evasisse qui sese nuda- « runt aut e lecto adhuc sudantes surrexerunt. »

Cette même année, la suette était à Cologne; elle frappait rarement les enfants au-dessous de dix ans. Quelques heures après la mort, la décomposition s'emparait du cadavre. (Nuenarius, *de Sud. angl.*)

A la même époque, elle se montrait à Metz avec les mêmes caractères; la ville de Fribourg en avait été atteinte dès 1519 (J. Nidepontanus et L. Frisius, *de Sud. angl.*).

Suivant Sleidanus (*de Statu relig. et reip.*), cette affection se répandit en Allemagne avec une telle rapidité, qu'elle fit périr des milliers de personnes avant qu'on ait pu lui opposer un traitement.

Vers la première moitié du 16e siècle, elle pénétra en Italie. Cette fièvre sudatoire, dit N. Massa (*de Feb. pest.*, p. 66), fréquente depuis quelques années en Angleterre, en Allemagne et en France même, est caractérisée par une sueur abondante, des palpitations, des lipothymies, une faiblesse générale. Elle est jugée dans l'espace d'un ou deux jours, et ceux qui en réchappent sont tellement épuisés, « ut « per plurimos menses, primariis membris imbecilles remaneant. » L'obstacle au libre cours de la sueur est la cause de la mort.

En 1758, elle se manifesta à Turin, et fut bien décrite par Allioni sous le nom de *fièvre miliaire.*

Nous ne savons que fort peu de chose sur les épidémies qui, dans les 16e et 17e siècles, se montrèrent en France; la première y fut observée en 1517. En 1718, la maladie se déclara dans le Vimeux, en Picardie; à Abbeville, en 1733, et fut alors fort bien décrite par

Bellot, sous le nom de *suette des Picards*. Malouin nous apprend qu'en 1747 elle vint jusqu'à Paris, où elle a été de nouveau observée, en 1851, par M. le professeur Requin (*l'Union médicale*, 1851). En 1750, elle était à Beauvais (Boyer); en 1782, à Castres (Pujol); en 1812, dans le Bas-Rhin (Schahl et Hessert); en 1821, dans le département de l'Oise (Rayer), etc. En un mot, depuis Bellot, la suette, plus généralement connue sous le nom de *fièvre* ou *suette miliaire*, n'a pas cessé de se montrer dans une foule de départements; il en est même quelques-uns où elle est aujourd'hui endémique.

Étiologie. — L'histoire des causes de la suette est encore assez obscure; outre que nous sommes dans une ignorance à peu près complète, quant aux causes déterminantes, nous n'avons, dans l'état actuel de la science, rien de bien positif sur l'appréciation rigoureuse de quelques-unes des causes secondaires qui favorisent le développement de cette maladie. Nonobstant le peu d'étendue de nos connaissances à ce sujet, je vais donner et essayer d'apprécier les diverses influences auxquelles on a cru pouvoir rattacher l'existence de l'épidémie.

Causes prédisposantes. — Age. De toutes les circonstances que nous aurons à examiner, l'âge est, sans contredit, une des plus remarquables. Il est bien étonnant, en effet, que la suette n'exerce ses ravages que dans la période moyenne de la vie, à une époque précisément où les individus ont acquis une plus grande résistance vitale contre toute cause morbide, et que les deux âges extrêmes de la vie ne soient atteints que dans une proportion excessivement faible. Dès 1519, Videpontanus et Frisius observaient cette particularité, dont ils cherchent à donner l'explication. « Cur vero pueres senesque raro, aut nunquam coercent is « morbus, facile solvendum erit. » Vers la même époque à peu près, au rapport de Vecenarius, « ... pueri infra decem annos rarissime « hac febre corripiuntur. » Suivant Schiller, au contraire, « senibus

« solis quandoque pepercit... » En 1733, Bellot, parlant de la suette des Picards, nous dit : « Senes raro, infantes puerosque, rarius exer- « cet. » Un peu plus tard, Malouin constate également « que cette maladie semble épargner les vieillards, et encore plus les enfants. » Pujol, en 1782, « voyait les enfants qui étaient moins exposés à l'épidémie que les personnes d'un âge plus avancé. » Toutefois l'auteur a cru remarquer que la même immunité ne s'étendait pas à la vieillesse, qui était très-incommodée de l'éruption. « Par une singularité remarquable, écrivaient, en 1791, Andry, Jeanroy et Poissonnier, elle n'attaque guère que depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de quarante. » Tous les observateurs contemporains ne sont pas moins unanimes à reconnaître le privilége dont jouissent ces deux âges. Ainsi M. Rayer, en 1821, observait « que l'enfance et la vieillesse comptaient bien peu de malades comparativement à l'âge adulte et à l'âge mûr. » En 1832, M. Ménière faisait la même remarque. Dans une épidémie de la Dordogne, en 1841, la période de vingt à quarante-cinq ans est celle qui a été le plus exposée à l'affection. Enfin les autorités ne me manqueraient pas, s'il était besoin d'autres exemples à l'appui de l'influence de l'âge.

Sexe. Quelques auteurs, Malouin entre autres, ont avancé que la suette frappait sans distinction de sexe; de nos jours, une observation mieux entendue a montré que cette opinion, sans être fausse, était trop absolue. En effet, l'analyse de la plupart des relations montre que, même en tenant compte de la proportion relative des sexes dans la proportion de chaque localité, les femmes ont été beaucoup plus souvent atteintes que les hommes. « Nous avons obtenu pour résultat définitif, dit M. Rayer, que, dans le plus grand nombre des communes, les individus du sexe féminin étaient le plus souvent affectés. » Dans l'épidémie de 1832, MM. Pinel-Grandchamp (*Lancette franç.*, 1832) et Ménière (*Archives gén. de médecine*, 1832) ont observé qu'en général les femmes étaient plus souvent frappées que les hommes. En 1849, M. Bourgeois (*Archives*

générales de méd., 1849) vérifiait l'exactitude de ce fait, dont personne jusqu'ici n'a donné la raison. Il est vrai que, pour ceux qui croient à la nature nerveuse de la suette, l'explication de cette différence est toute trouvée.

Professions. Il résulte de quelques observations, que les individus dans la misère ont rarement eu à souffrir de la suette. Ainsi M. Parrot (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. 10) a vu surtout la classe ouvrière aisée être frappée, tandis que les classes inférieures n'étaient atteintes que dans une très-faible proportion. M. Ménière a remarqué que les personnes les mieux placées sous tous les rapports étaient les moins épargnées. Mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas avec les documents que nous possédons, que cette question peut être jugée; ils sont en trop petit nombre, et laissent encore quelque chose à désirer du côté de l'exactitude. En effet. les deux ou trois statistiques existantes, et qui n'ont pu mener leurs auteurs à une conclusion, alors même qu'elles établiraient une différence de prédisposition en faveur de telle ou telle profession, ne prouveraient rien, puisqu'on n'a pas indiqué la proportion relative des cas au nombre total des individus de chaque profession.

Tempéraments. La plupart des auteurs qui ont étudié la suette ont signalé le tempérament sanguin comme ayant une fâcheuse aptitude à contracter la maladie; elle frappe habituellement sur les individus dans la force de l'âge, bien constitués et en parfaite santé. « Vidimus frequentius hoc morbo oppressos corpore candidos, « *robustos* pastu dulci usos, galactopotas, et summatim dicans *san-* « *guineos* » (Schiller, V. Gratoroli). Le passage suivant de Bellot prouve que cette assertion est également vraie pour la *suette miliaire* : « Ab illius insultis, dit-il, adultos non vindicat sexuum di- « versitas, non corporis firmior textura, non vires athleticæ. Immo « valentiorem vegetioremque scias morbi delicias esse. » Ce fait est aussi attesté par Malouin, qui, à cet égard, s'exprime ainsi : « Les

plus robustes n'en sont pas à couvert ; au contraire, elle paraît d'autant plus violente que les sujets qu'elle saisit sont plus forts. »
Cependant, si c'est là l'opinion généralement admise aujourd'hui, nous devons dire aussi qu'il est quelques auteurs qui n'attachent pas la même valeur à cette circonstance. Ainsi MM. Bourgeois et Gally ont constaté que les personnes douées d'un tempérament nerveux étaient les plus sujettes à la maladie; pour M. Fauconneau-Dufresne (*Revue médicale,* 1846), cette prédisposition se rencontrait dans le tempérament nervoso-sanguin.

De l'existence de certaines constitutions médicales, plusieurs mois, voire même plusieurs années, avant l'invasion de la suette, on a conclu à leur influence sur le développement de l'épidémie. Au nombre des affections qui se sont le plus habituellement montrées, on signale les varioles, rougeoles, scarlatines, fièvres intermittentes, etc. Elles offraient ceci de remarquable (Fauconneau-Dufresne, Parrot), qu'elles étaient modifiées dans leurs formes accoutumées; souvent elles se terminaient rapidement par la mort. Je ne vois rien dans ces phénomènes inusités qui doive beaucoup étonner. N'est-il pas commun, en temps d'épidémie, que ces diverses fièvres revêtent des caractères plus graves? Je laisse à de plus habiles le soin d'expliquer la relation, s'il en existe une, entre la suette et les constitutions médicales antérieures.

Que faut-il penser du rôle attribué par quelques auteurs aux impressions morales vives? sur quelle base repose cette manière de voir? Jusqu'à présent, il faut le dire, on s'est contenté d'énoncer le fait, sans apporter de preuves à l'appui. Pour moi, je n'hésite pas à considérer cette cause, si tant est qu'elle existe, comme échappant à nos moyens d'investigation. Si l'on réfléchit qu'en temps d'épidémie la terreur est toujours générale, à peu d'exceptions près, et que la suette débute le plus souvent d'une manière brusque, on ne fera pas difficulté de considérer tout ce qui a été avancé au sujet des impressions morales autrement que comme une simple appréciation

M. l'abbé Tessier se demande si le changement apporté dans la manière de vivre des habitants de la Picardie, par suite de la disette de cidre, qui les obligeait à moins boire, ne les aurait pas disposés à contracter la maladie. D'autres ont accordé une influence à la fatigue, au dénuement, au manque de propreté, à la mauvaise alimentation, aux excès de tout genre. Trop souvent, les conditions opposées ont été impuissantes à préserver de son atteinte, pour que ces circonstances puissent être comptées au nombre des causes prédisposantes.

Les recherches de M. Parrot sur les causes de l'épidémie de la Dordogne l'ont conduit à admettre que «le terrain calcaire a prêté un incontestable concours au développement de la maladie.» Je ne puis voir là qu'une simple coïncidence, car une telle conclusion, de la part de l'auteur, exigeait au moins qu'il nous fît connaître une nature identique de terrains là où se sont développées les épidémies antérieures.

Au sujet de l'influence de la grossesse, des couches, de l'allaitement, les assertions sont tellement contradictoires, que l'on ne peut que rester dans le doute.

Circonstances météorologiques. Existe-t-il des climats où cette maladie soit plus fréquente? Cette proposition doit être résolue par l'affirmative, puisque la suette ne s'est montrée que dans l'hémisphère boréal, dans la zone comprise à peu près entre le 43e et le 59e degré de latitude, c'est-à-dire dans les climats froids et tempérés. Il n'est pas impossible cependant que tôt ou tard elle franchisse ces limites; sa marche même depuis 1485, époque à laquelle, partie de l'Angleterre, elle s'est successivement étendue à une grande partie de l'Europe, autorise une telle supposition.

Au nombre des causes qui peuvent encore favoriser le développement de la suette, il est permis de ranger certaines saisons. Le relevé de la plupart des épidémies, pour ce qui touche à cette question, montre, en effet, que l'automne, l'été, le printemps et l'hiver,

constituent, par ordre de fréquence, les époques auxquelles on observe cette maladie. A Londres, elle sévit en automne : « Incœpit « quidem circa vicesimum primum septembris diem, cessavit autem « sub finem octobris sequentis » (Bacon). Les épidémies de 1506, 1517, 1528, 1551, mentionnées par Caïus Britannicus, régnèrent en été et en automne; en Allemagne, celle dont parle J. Castricus : « sæviit potissimum Austro qui calidus est, ac humidus cum multa « pluvia stante. »

Dans la suette miliaire, les choses se sont passées différemment, ainsi que l'attestent les lignes suivantes de Bellot : « Quolibet anni « grassatur tempore; æstate tamen et autumno frequentius, funes- « tiusque. » Aujourd'hui il ne peut plus rester le moindre doute sur ce point. Les auteurs remarquent, en outre, que l'été et l'automne paraissent surtout agir en raison de la quantité de calorique et d'humidité que renferme l'air atmosphérique. Presque toujours ils ont vu l'invasion ou les recrudescences de l'épidémie coïncider avec des variations brusques de température « Le vent sud-ouest qui survint pour lors, écrit Pujol, tempéra tout à coup la fraîcheur de l'air; cette chaleur subite développa un grand nombre de maladies, au point que pendant chacun de ces six jours, il tomba plus de cent malades par jour. » M. Fauconneau-Dufresne, bien que n'attribuant pas la cause de la maladie aux variations atmosphériques, a constaté que deux fois des pluies abondantes furent suivies du développement d'un grand nombre de cas nouveaux; que pendant les vents sud ou sud-ouest, la maladie se propageait sans s'amender, et que le vent du nord diminuait le nombre des malades et la gravité des symptômes; que, pendant l'orage, les symptômes offraient un état particulier d'exaltation et de désordre. M. Ménière a noté que l'élévation de la température, une surcharge électrique de l'atmosphère, avaient précédé l'apparition de l'épidémie. Toutes ces circonstances, que nous ne pouvons pas certainement considérer comme sans influence sur le développement de la suette, ne jouent assurément qu'un rôle secondaire. En attribuant, au contraire, comme l'ont

fait quelques auteurs, une action génératrice à certaines des conditions météorologiques que nous venons de passer en revue, loin d'arriver à une solution satisfaisante, nous retombons dans le doute, ne pouvant expliquer pourquoi les mêmes causes, les années précédentes, n'ont pas donné naissance à une semblable affection.

On a dit que l'inclinaison du sol, la direction des vents, les cours d'eau, aidaient puissamment à la propagation de la maladie. Cette opinion ne mérite plus la même valeur, depuis qu'on a vu l'épidémie suivre, dans ses progrès, une marche irrégulière, se propager souvent contre les cours d'eau et la direction des vents, passer d'un point à un autre, en épargnant les localités intermédiaires.

Causes déterminantes. — Il en est malheureusement pour la suette comme pour beaucoup d'autres affections ; l'étude de ses causes déterminantes est encore un point de science bien peu avancé et bien obscur. En m'arrêtant un moment sur cette question, mon but n'est pas de faire connaître une cause jusqu'ici ignorée, ou d'apporter des preuves à l'appui de telle ou telle opinion ; je ne veux que chercher à apprécier la valeur d'une influence assez généralement invoquée dans ces derniers temps. Quant aux anciennes théories, dont les principales seront signalées en traitant de la nature de la maladie, il me suffira d'en donner une idée générale en disant que presque tous les premiers observateurs voyaient la cause de la suette dans une altération de l'air, « a malignitate quadam, in « ipso aere, » ainsi que nous l'apprend Bacon pour l'épidémie de 1485, et qu'à partir du 17e siècle, les auteurs ont voulu trouver, dans des conditions qui se ressentent énormément de la théorie humorale dont ils étaient imbus, la solution de ce grand problème. Aucun avantage ne devant résulter de la discussion d'assertions fondées sur de simples probabilités, et qui n'ont même plus la raison pour elles, je passe outre, et arrive à cette opinion, qui veut que la suette reconnaisse pour cause les émanations marécageuses. Les faits, il est

vrai, semblent prêter un appui à cette hypothèse, qui, pour s'harmoniser mieux avec les progrès de la science, laisse, tout aussi bien que les précédentes, la question dans le même état. Moi-même, si je me prononçais d'après ce qu'il m'a été donné d'observer, je devrais admettre l'influence palustre comme l'ont fait Poissonnier, Andry, MM. Rayer, Eudes et Paulmier, Boret, etc., puisque j'ai vu l'épidémie éclater tout d'abord dans une commune encaissée, environnée de bois, humide et marécageuse. Mais si, de ces observations, je passe à celles que nous fournissent MM. Ménière, Pindray, Gally, etc., je remarque, au contraire, que la suette s'est montrée dans des lieux secs, élevés, balayés par les vents, et où n'existait aucun marais. Ces faits me semblent d'autant plus propres à infirmer les premiers, que la maladie n'apparaît pas d'une manière périodique dans les contrées où se développent des miasmes marécageux. De toutes les théories, de toutes les hypothèses émises jusqu'à ce jour, il est impossible de conclure un fait général, de formuler une loi rigoureuse, rendant nécessaire, et en quelque sorte fatal, le développement de la suette dans des conditions données. Je ne puis mieux faire, pour résumer l'état de nos connaissances sur cette question, que d'avoir recours aux lignes suivantes de Diemerbrœck sur les causes de la peste : « De causis pestis, dit-il, maxime ardua inter « medicos questio movetur. In eo conveniunt omnes, illam excitari « a cæca quædam pernicie, et inexplicabili aeris labe. Sed unde labes « illa emerserit, quomodo aer tantum vitium contraxerit, quid hoc « elementum inquinaverit, de eo dubitant, et in eo inveniendo labo- « rant omnes. »

Contagion. Pour terminer ce que j'avais à dire sur les causes de la suette, il me reste à parler de la contagion, qui a été admise par un grand nombre d'auteurs. Cette doctrine ne remonte pas à l'origine de la maladie, car à cette époque, nous dit Bacon, « opinio « erat, morbum istum, neutiquam ex epidemicis illis, qui simul con- « tagiosi sunt, et de corpore in corpus fluunt, fuisse... ; » elle ne

date que de l'année 1506 ou 1517, et depuis elle n'a pas cessé de régner en Angleterre. Ainsi, au rapport des historiens J. Stow et Godwin, la maladie était généralement réputée contagieuse; cette assertion est confirmée par une lettre du cardinal du Bellay (Legrand, *Histoire du divorce de Henri VIII*), témoin de l'épidémie de 1528. Suivant J. Caius, la suette se communiquait à l'aide d'un venin, qui ne pouvait être chassé que par les sueurs. Mead considère l'affection comme une production de la peste, et pense qu'en 1713, elle fut apportée en Angleterre par les troupes qui revenaient de Dunkerque; mais il remarque aussi qu'elle pouvait tirer son origine de la peste, qui, quelques années auparavant, s'était montrée à Dantzick, et qui de là avait parcouru plusieurs villes du Nord.

En Allemagne, la plupart des médecins ou historiens ne disent rien de la contagion, ou bien, s'ils abordent cette question, c'est pour la repousser. En 1529, J. Castricus s'exprime ainsi à ce sujet : « Verum quoque febris hæc quædam pestis sit species, tamen ut aliæ « pestes non ita est contagiosa. » Pour Allioni, la miliaire de Leipsick, en 1652, se transmettant de proche en proche, « non ab aere sim- « pliciter, sed abiis, qui in morbosa regione venenum contraxerant, » finit par envahir l'Italie après une longue suite d'années.

En France, parmi les contagionistes, je remarque Van Mitag-Midy (*Journ. de méd.*, t. 32), Gastellier, qui a proposé l'inoculation de la miliaire, afin de la rendre moins meurtrière; MM. Schahl et Hessert, Rayer. Les auteurs que je viens de nommer n'ont apporté aucune preuve convaincante en faveur de leur opinion; les uns se sont contentés d'affirmer l'existence de la contagion; les autres l'ont admise, parce que la terreur portait les habitants d'une ville à prendre la fuite; d'autres, parce que la maladie s'est montrée dans plusieurs localités voisines. On a aussi invoqué cette circonstance qu'un plus ou moins grand nombre de personnes étaient frappées dans une même famille; mais M. Parrot a ramené ce fait à sa juste valeur, en observant que les individus d'une même maison tombaient malades au même moment et presque à la même heure. En 1812,

MM. Schahl et Hessert, à l'occasion de l'épidémie de Rosheim (Bas-Rhin), voulant remonter à l'origine du mal, vont aux informations, et apprennent que cinq individus récemment sortis de la prison de Schelestat ont été les premiers atteints. Sur ces indications, les auteurs établissent que la maladie a été apportée de la prison. Rien cependant n'est moins démontré. En effet, les prisonniers sont rentrés à Rosheim les uns après les autres, et en bonne santé, le premier le 4, le second le 6 janvier, et c'est peu de temps après l'arrivée de ce dernier dans la ville, que le médecin cantonnal a remarqué sur lui l'éruption miliaire; on n'a donc eu aucune raison d'affirmer que l'affection provenait d'un lieu où elle n'existait pas. Tous ces faits trouvent dans la transmission épidémique une explication beaucoup plus rationnelle. Néanmoins je crois devoir leur en opposer d'autres, qui me semblent témoigner d'une manière indubitable contre la contagion : ainsi, de tous les médecins qui ont été appelés à donner des soins aux suettiques, à peine quelques-uns ont-ils été atteints; la plupart des expériences faites dans le but d'inoculer la suette n'ont fourni que des résultats complétement négatifs; on n'a pas remarqué que les personnes qui évitaient avec soin le contact des malades fussent moins épargnées que celles qui les assistaient : « Multi enim ægris assidue assistunt qui non inficiuntur, et alii quan- « tumvis fugientes et sibi maxime caventes tamen appræhenduntur » (J. Castricus). Enfin on a vu maintes fois des nourrices, chez lesquelles existait la suette, continuer à allaiter leurs enfants, et ne rien leur communiquer. D'après M. Rayer, on ne saurait arguer de ce fait en faveur de la non-contagion, vu le privilége attaché à cet âge. Ce n'est pas là une sérieuse objection, puisqu'il n'est pas sans exemple que des enfants aient été affectés de la suette, et que l'auteur lui-même en a rapporté plusieurs cas. Cette immunité n'étant donc pas absolue, et toutes les meilleures conditions de contagion se trouvant réunies, il est évident que le plus souvent les enfants devaient contracter la maladie, si elle pouvait être transmise.

Symptomatologie. — Il est assez rare que des phénomènes précurseurs viennent annoncer la suette. Parfois pourtant le malade est triste, inquiet, éprouve une grande lassitude, un trouble léger des voies digestives, qui se traduit par la perte de l'appétit, quelques nausées, une sorte de gêne à l'épigastre ; assez souvent il est sujet à des insomnies, des pesanteurs de tête, etc. Dans quelques relations, il est même question de sueurs légères se reproduisant de temps à autre. Ce symptôme, à coup sûr, ne saurait appartenir à la période prodromique, et toutes les fois qu'il a été observé, j'estime que la suette était réellement déclarée, et qu'il faut très-probablement rapporter à l'intervention d'une hygiène ou d'une thérapeutique intempestive ce caractère plus prononcé de l'affection qui, seul alors, a fait admettre l'invasion. Laissant donc de côté les sueurs, je dirai que tous les autres signes, dont l'ensemble se montre rarement chez le même individu, durent le plus ordinairement une ou deux heures ; d'autres fois on les voit se prolonger pendant deux ou trois jours, rarement au delà. Tantôt ils se montrent d'emblée avec une intensité qui oblige le malade à s'aliter, tantôt ils permettent au sujet de se livrer à ses occupations ; mais ces symptômes précurseurs manquent le plus souvent ; je ne les ai jamais vus.

Dans l'immense majorité des cas, la suette débute d'une manière brusque et instantanée, au milieu de la plus parfaite santé. Cette invasion, marquée par une transpiration presque toujours abondante, se manifeste souvent pendant la nuit : « invadit frequen-« ter in somno aut illico a somno » (J. Castricus, loc. cit.), et quelquefois, qu'il y ait eu, ou non, des prodromes, elle est précédée d'un frisson, qui ordinairement est de courte durée et peu violent. Avec la transpiration apparaît un mouvement fébrile caractérisé par du malaise, de la chaleur, une céphalalgie parfois intense, surtout à la partie antérieure ; du brisement des membres et une accélération notable du pouls : il survient de l'agitation, la physionomie est rouge et animée, les yeux injectés, brillants, lar-

moyants. La région épigastrique devient le siége d'une sensation de pression, de constriction douloureuse; des battements insolites et isochrones à ceux du pouls se font sentir au creux de l'estomac. Il n'est pas rare alors de voir se produire des nausées, des vomissements. Des palpitations, des battements, ont également lieu dans la région du cœur; le malade accuse une anxiété précordiale, qui a les mêmes exacerbations et les mêmes rémittences que les phénomènes gastriques. En même temps, il existe une oppression plus ou moins considérable, la respiration est fréquente, anxieuse; il semble qu'un poids énorme comprime la poitrine. Tels sont les phénomènes morbides qui appartiennent à la période d'invasion, et qui se retrouvent également dans tout le cours de la suette. Avant de passer à l'étude de chacun d'eux en particulier, il sera utile de faire connaître, en peu de mots, le mode suivant lequel ils se développent et s'enchaînent les uns aux autres. Disons tout d'abord que bien rarement on les observe réunis chez un même sujet, et que, suivant les épidémies, les individualités, l'époque de la maladie ou le traitement, ils varient pour le nombre, l'intensité et la durée. A part quelques symptômes que l'on voit quelquefois perdre de leur intensité et persister un certain temps à ce moindre degré, on peut établir que l'affection suit presque constamment une marche aiguë, mais qui est loin d'être toujours régulière. Ainsi, parfois les accidents du début se continuent sans interruption, avec de légères alternatives en plus ou en moins, pendant quelques heures ou quelques jours, cessent définitivement, et le malade entre franchement en convalescence. D'autres fois, au contraire, ils se reproduisent sous forme d'accès qui reviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés; tantôt ils n'ont lieu que vers le soir et le matin, tantôt ils se manifestent indifféremment à toute heure du jour et de la nuit; le plus ordinairement ils sont irrégulièrement intermittents. La durée des accès ne présente rien de fixe: elle varie de quelques instants à quelques heures, et dépasse rarement cette dernière limite; dans les moments de calme, les malades ne

sont pas entièrement débarrassés; chez la plupart d'entre eux, outre l'accablement, il existe encore de l'anxiété, une légère moiteur sur toute la surface du corps. L'examen comparatif d'un certain nombre de relations me porte à penser que la marche de la suette par accès est le cas le plus ordinaire; quelquefois même elle présente des intermissions complètes; le patient, dans l'intervalle des paroxysmes, se croit rendu à la santé; puis, tout à coup, sans cause appréciable le plus souvent, ou bien sous l'influence d'une émotion morale, d'une infraction au régime ou de toute autre circonstance, la maladie reparaît plus ou moins violente. Que la suette soit continue ou rémittente, ce n'est presque jamais avant vingt-quatre heures, à compter de l'invasion, que l'on voit, dans certains cas, se manifester une éruption plus souvent partielle que générale. Il est assez commun, surtout dans la dernière forme, d'observer des éruptions successives chez un même individu. Ici la transition de la maladie à la convalescence se fait insensiblement; les paroxysmes perdent peu à peu de leur intensité par suite de la disparition et de l'amendement successifs des symptômes. Ceux que je viens de passer en revue ne sont pas les seuls qu'il convienne de noter; il faut encore en ajouter quelques autres, mais qui appartiennent plus particulièrement à la période d'état, et en partie à la convalescence. Ainsi, en général, il existe de l'anorexie, une constipation souvent opiniâtre, la langue est blanchâtre et humide, la soif peu prononcée, la sécrétion urinaire notablement diminuée, etc. Ce que je viens de dire me paraissant suffisant pour donner une idée de l'ensemble de la maladie, j'arrive de suite à l'étude des phénomènes morbides qui se rattachent à chacun des appareils de l'économie.

Enveloppe cutanée. On y remarque les sueurs, qui à elles seules constituent le symptôme dominant et en quelque sorte pathognomonique de la suette. Tandis que tous les autres accidents peuvent faire défaut, celui-ci au contraire est remarquable par sa constance; toutefois il paraîtrait que M. Foucart aurait vu plusieurs fois la

suette exister sans sueurs. Je n'ai malheureusement pas trouvé, dans le rapport de M. Guérin sur le mémoire de l'auteur, les renseignements propres à nous faire comprendre ces faits exceptionnels, pour ne pas dire uniques. Il eût peut-être été utile de savoir quels avaient été, pour ces cas, les éléments du diagnostic et si une éruption miliaire avait ou non été observée. Quoi qu'il en soit de cette anomalie, la transpiration est ordinairement abondante, presque toujours générale, très-rarement partielle. Les malades sont obligés de changer assez souvent de linge ; on en a vu qui avaient mouillé jusqu'à vingt et trente chemises dans l'espace d'une nuit. Quelquefois même, dit-on, ce flux s'est montré avec une telle profusion, que les matelas en étaient traversés, et qu'en soulevant les couvertures, on voyait s'élever une vapeur épaisse, d'une fétidité repoussante, et qui retombait sous forme de pluie. N'avait-on pas, dans ces circonstances, négligé tous les soins de propreté et provoqué la transpiration? Cela est très-probable. Quant à l'odeur particulière, *sui generis*, que la plupart des auteurs ont reconnue aux sueurs, il ne m'a pas été donné de constater son existence. Il est bien difficile du reste de considérer cette odeur comme caractéristique, puisqu'elle s'est montrée très-différente pour les uns et les autres. C'est ainsi qu'elle a été trouvée fétide, nauséeuse, fade, acescente, comparable à celle de la paille pourrie, de l'eau chlorurée, etc. Rien de semblable n'ayant été observé toutes les fois que l'on a eu la précaution de peu couvrir les malades et de ne pas leur laisser de vêtements mouillés, je reste convaincu que la malpropreté est la cause de ce phénomène. MM. Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy, ayant examiné la sueur à l'aide du papier de tournesol, ont reconnu qu'elle n'avait rien perdu de ses qualités normales.

Éruption. Quoi qu'il en soit de ma façon de penser sur ce phénomène, je crois bon de me conformer à l'usage et d'en donner ici la description, bien qu'il soit très-commun, je le répète, de le voir faire défaut, même dans tout le cours d'une épidémie.

L'éruption miliaire se produit tantôt le premier, le second, le troisième jour de la maladie, le plus souvent le troisième ou le quatrième; il n'est pas rare que ce soit plus tard; par exemple, le sixième ou le huitième jour, quelquefois même le dixième. Assez fréquemment elle est annoncée par un sentiment d'ardeur, de démangeaison plus ou moins vive à la peau; dans ce moment, le malade est en proie à une vive agitation parfois accompagnée de soubresauts des tendons. Quelques-uns accusent de la roideur, de l'engourdissement dans les bras et les poignets, avec gêne des mouvements. Constamment l'exanthème apparaît au moment d'un paroxysme; siége d'abord au cou, à la poitrine, ensuite au dos, à la face interne des membres, et enfin sur les autres parties du corps, excepté le plus ordinairement à la face. Il peut se faire cependant que quelquefois il suive une tout autre marche. Parmi les variétés d'éruption admises par les auteurs, nous distinguons les suivantes :

1° La miliaire rouge, la plus commune, caractérisée par de petites granulations dures et coniques, rouges à leur base. Elle commence par de petites taches rouges, arrondies, saillantes, et s'effaçant sous la pression du doigt; au centre de la tache, on découvre, à l'aide de la loupe, une petite saillie vésiculaire (Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy).

2° La miliaire blanche, constituée par une infinité de petites vésicules diaphanes et comme perlées, sans rougeur à leur base. Il est plus facile de les sentir que de les voir, à moins toutefois que, se plaçant dans un jour favorable, on ne les regarde très-obliquement; presque toujours cette variété se trouve combinée à une autre.

3° Enfin, suivant qu'un plus ou moins grand nombre de vésicules sont réunies en une seule, on a distingué une miliaire bulleuse, phlycténoïde, vésiculeuse ou vésiculo-pustuleuse.

Très-rarement l'éruption se montre d'emblée sur tout le corps, le plus souvent elle se fait en plusieurs temps. Alors chaque manifestation est toujours précédée par une recrudescence des sym-

ptômes signalés à l'occasion de la première, et à chaque nouveau paroxysme, les éruptions précédentes prennent un caractère plus prononcé. Il résulte de cette succession que, tandis que les premiers boutons disparaissent, il s'en produit de nouveaux, et la chose se continue ainsi pendant plusieurs jours, pour ne pas dire pendant une ou plusieurs semaines quelquefois. Il n'est pas rare d'observer réunies chez un seul et même malade ces trois variétés dont nous avons parlé, ou de les voir naître au fur et à mesure. La durée de l'éruption est très-variable; quelquefois elle s'évanouit en très-peu de temps sans laisser de traces de son existence; d'autres fois elle se prolonge pendant cinq, dix ou quinze jours.

Desquamation. Le liquide des vésicules, d'abord limpide, se trouble peu à peu, devient louche, blanchâtre, puriforme. Il est résorbé en partie, ou bien s'épanche au dehors par suite de la rupture de la vésicule épidermique qui, se desséchant bientôt, donne lieu à une desquamation par plaques ou furfuracée, suivant le volume des vésicules. Dans la miliaire rouge, cette terminaison est rare, ordinairement la peau reprend graduellement son aspect normal.

Respiration, circulation. Bien que l'exploration de la poitrine fournisse constamment des résultats négatifs, la respiration, en général, est accélérée, difficile, gênée, laborieuse et presque toujours irrégulière. « Elle offre, dit M. Rayer, cette espèce de gêne et d'embarras qu'on éprouve dans un lieu où la température de l'air est trop élevée. » L'oppression quelquefois devient si grande, qu'il y a menace de suffocation. On voit alors les malades tenter de profondes inspirations, et afin d'avoir plus d'air et de respirer plus librement, ils font ouvrir les portes et écartent toutes les personnes qui environnent leur lit. Quelques-uns sont tellement frappés de leur état, qu'ils se laissent aller au découragement, aux plus tristes pressentiments. Tout porte à croire que ces angoisses, cette oppression, tiennent à une perversion de l'influx nerveux.

M. François (*Gazette de santé,* 1821) est le seul auteur, je crois, qui ait soutenu que la suette devait être rangée dans les apyrexies. Cette assertion est combattue par tous les médecins qui ont porté leur attention sur ce point. Quelquefois, il est vrai, ce symptôme est peu marqué, mais il y a loin de là à son absence complète; tantôt la fièvre, après s'être maintenue plus ou moins forte pendant un certain temps, offre des rémissions, ce cas est assez fréquent; tantôt, ce qui est plus rare, elle reste continue jusqu'à la convalescence. Parfois le pouls s'est montré notablement ralenti dans la période de déclin de la malaide, quand elle offrait le type continu (Verneuil, *Gazette médicale,* 1851).

Bon nombre de sujets, outre l'anxiété précordiale, se plaignent de palpitations et de battements. Il y a, dit M. Ménière (loc. cit.), pléthore au cœur, les battements des ventricules sont diffus et larges, peu sonores et ralentis On peut également, à l'aide de la palpation ou de la simple vue, constater à l'épigastre des battements isochrones à ceux du pouls : le malade lui-même, du reste, en a parfaitement conscience. M. Rayer pense que ces pulsations insolites ont lieu principalement au tronc opisto-gastrique et dans les artères qui se distribuent à la grande et à la petite courbure de l'estomac.

Voies digestives. La langue est tantôt à l'état naturel, le plus souvent recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, sans rougeur à sa pointe ou sur ses bords; elle est toujours large et humide, à moins que dans le cours de l'affection il ne survienne une complication dans laquelle le mouvement fébrile influe sur son état. Au fur et à mesure que la maladie cesse de faire des progrès, cet organe se nettoie peu à peu. MM. Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy, rapportent que plusieurs fois il s'est dépouillé de son épithélium, et à présenté une coloration d'un rouge vif, accompagnée d'une sensation incommode de grains de sable dans la bouche, dus à la saillie des papilles. Ces observateurs pensent que dans ce cas, la langue avait participé à l'éruption. Ils ont aussi constaté des vésicules sur le

voile du palais et à la voûte palatine; la salive, toutes les fois qu'elle a été examinée, s'est montrée acide.

La bouche est fade et pâteuse, et, malgré la profusion des sueurs, la soif se maintient dans des limites très-modérées.

On a vu quelquefois l'appétit être conservé ou augmenté, mais le plus ordinairement il est diminué ou bien complétement aboli.

Du côté de l'estomac, les douleurs épigastriques, bien que pouvant parfois ne pas se montrer, sont cependant un des symptômes les plus constants et les plus remarquables de la maladie. Ce phénomène, de même que plusieurs autres, est sujet à revêtir des caractères différents. Ainsi certains malades accusent un sentiment de gêne et d'oppression à l'épigastre; d'autres se plaignent d'un poids qui leur presse la poitrine; d'autres enfin sont en proie à des douleurs tellement vives, qu'ils changent de position à chaque instant, veulent se lever, rejettent leurs couvertures, quelques-uns éprouvent même des syncopes. A ce moment, surviennent des nausées, des vomissements, qui, pour l'intensité et la durée, se montrent en rapport avec la violence de la constriction épigastrique. Les matières rejetées varient suivant l'époque à laquelle se produit l'accident. Au début, ce sont des substances alimentaires. A une époque plus avancée, les vomissements consistent en mucosités plus ou moins épaisses, mêlées aux boissons ou à de la bile. Pour les provoquer, il suffit quelquefois de l'ingestion d'une petite quantité de liquide que les malades accusent de peser sur l'estomac. Cet organe, dans un grand nombre de cas, est doué d'une remarquable susceptibilité, et ceux qui, dans les intermissions, s'empressent de satisfaire leur appétit, et le plus souvent même ne prennent des aliments que dans la crainte de mourir en observant un peu de diète, ou bien qui, dans la convalescence, commettent des écarts de régime, manquent rarement de payer leur imprudence par une indigestion et une rechute. Il est rare aussi que cette constriction, dont j'ai constaté l'existence chez tous les sujets que j'ai vus, se montre sous forme continue; elle revient d'habitude à des intervalles variables, c'est-à-dire dans les

paroxysmes, sans toutefois persister jusqu'à la fin de la maladie. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature de cet accident, les uns l'attribuent à un état inflammatoire, les autres à un trouble de l'innervation; cette dernière opinion me semble la plus probable.

Le ventre est toujours souple, indolent, si ce n'est à la région épigastrique, où, dans quelques cas exceptionnels, la pression développe un peu de sensibilité. Quant à sa conformation, il ne présente rien de remarquable soit à l'épigastre, soit ailleurs. Dans l'immense majorité des cas, on observe une constipation opiniâtre, et qui souvent se maintient quelque temps encore après le rétablissement complet. Cette constipation s'accompagne fréquemment d'un développement plus ou moins considérable de gaz, et dont le dégagement semble soulager les malades. Quelques-uns ressentent parfois des borborygmes entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, se plaignent de coliques qui ne sont suivies d'aucunes selles, et qui paraissent dues aux flatuosités intestinales.

Appareil génito-urinaire. En général, on constate une diminution notable dans la sécrétion urinaire. L'énorme déperdition qui se fait par la surface cutanée rend suffisamment compte de ce fait. Parfois, au début, les urines sont abondantes, claires et limpides; mais, en diminuant, elles ne tardent pas à devenir troubles, et à déposer un sédiment briqueté. Ses qualités chimiques nous sont encore inconnues. La miction est souvent accompagnée d'un sentiment d'ardeur, de brûlure, dans le canal; plusieurs fois même il y aurait eu dysurie. Pour les quelques cas de rétention d'urine, dont on a parlé, et qui ont nécessité le cathétérisme, il est permis de se demander si cet état ne se trouvait pas lié à une complication cérébrale.

Les menstrues continuent à se montrer comme de coutume, assez souvent même elles sont un peu avancées. Il n'est pas rare de les voir se prolonger au delà de leurs limites habituelles; avec une augmentation plus ou moins considérable; cependant, dans aucun cas,

que je sache, cet écoulement a été assez abondant pour compromettre les jours de la malade.

A part quelques faits exceptionnels (Parrot), la suette n'a pas semblé jusqu'à présent exercer une influence sur la gestation. La sécrétion lactée n'est nullement modifiée, et les nourrices continuent à allaiter leurs nourrissons sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour les uns ou les autres.

Innervation. La céphalalgie est un symptôme assez constant de la suette. Quelquefois il n'existe qu'une pesanteur de tête ou une douleur légère ; d'autres fois, au contraire, les douleurs sont très-vives, intolérables ; dans quelques cas, elles sont continues, mais ne présentent pas une égale intensité ; le plus souvent elles ne se font sentir que dans les paroxysmes. Cette céphalalgie est parfois générale, et occupe tout le crâne ; ou bien elle siége seulement à la région occipitale ; le plus ordinairement cependant elle est bornée au front, surtout aux régions sus-orbitaires. Elle se montre presque toujours dès le début de la maladie : tantôt elle persiste jusqu'à la fin; tantôt, ce qui est plus fréquent, elle décroît de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de la convalescence, époque à laquelle elle cesse communément de se faire sentir.

L'intelligence reste toujours intacte, et si quelques sujets paraissent indifférents à ce qui se passe autour d'eux, c'est plutôt par suite de l'abattement des forces et de l'épuisement causé par la souffrance, que parce que leur intelligence est altérée. Le coma, le délire et autres troubles mentionnés par les auteurs, sont évidemment du domaine des complications.

L'insomnie et l'agitation s'observent seulement dans les premiers temps de l'affection, à l'époque des éruptions, des paroxysmes intenses : dès que les accidents s'amendent ou disparaissent, les malades recouvrent bien vite le calme et le sommeil.

Presque toujours, il survient de très-grandes modifications dans l'état des forces. Chez les uns, la faiblesse se manifeste dès le début, et va en augmentant jusqu'à la fin ; chez d'autres, les forces se

relèvent momentanément pour retomber ensuite. Cet affaiblissement atteint ordinairement son maximum dans le cours de la convalescence, et persiste souvent plus ou moins longtemps après la guérison. D'abord général, il est limité dans les derniers temps aux membres inférieurs, et il arrive alors que les malades, en général, se fatiguent au moindre exercice; parfois ils sont dans l'impossibilité de se soutenir sur leurs jambes. Maintes fois on a remarqué que la prostration était hors de proportion avec les symptômes et la durée de la maladie.

Le frisson, dont la durée est ordinairement courte et la violence variable, est un des symptômes les moins constants. Il se produit d'habitude fort peu de temps avant l'invasion; et lorsqu'il reparaît dans le cours de l'affection, il accompagne toujours un paroxysme dont il est alors le signe avant-coureur.

Convalescence, rechûtes, récidives. Quelques auteurs ont admis que la convalescence pouvait ne pas avoir lieu, et à l'appui de cette proposition, ils ont rapporté plusieurs exemples de sujets qui avaient repris leurs occupations dès la cessation des phénomènes morbides. Ces faits, pour être vrais, n'en sont pas moins très-exceptionnels. En général, la convalescence est longue, incertaine, troublée maintes fois par des accidents, et traversée du jour au lendemain par des rechutes imprévues; elle est caractérisée par une diminution notable dans la durée et l'intensité des symptômes, et la disparition de la plupart d'entre eux. On ne peut pas toujours déterminer avec exactitude l'instant où elle commence : parfois, il est vrai, elle s'établit brusquement, surtout quand la maladie a suivi une marche continue; mais il arrive plus souvent qu'elle se développe d'une manière lente et progressive. Elle est d'autant plus difficile à conduire, que les malades sont moins dociles aux conseils; son époque d'apparition varie suivant les épidémies, les conditions individuelles et le mode de traitement. Tel n'est cependant pas le sentiment des partisans de la miliaire comme symptôme essentiel et

caractéristique de la suette : les uns, en effet, font dater la convalescence du développement de l'éruption; les autres, seulement de la période de desquamation.

Parmi les accidents du début, auxquels les conavlescents sont le plus ordinairement sujets, je mentionnerai la constipation, les sueurs dont la persistance contribue beaucoup à entretenir cet état de faiblesse et de prostration dans lequel sont souvent plongés les suettiques; puis enfin la céphalalgie, qui jamais n'est excessive, manque assez souvent, et rarement persiste jusqu'à la fin. A peine est-il besoin de faire observer que ces phénomènes, qui se montrent sous forme de légers paroxysmes, n'ont rien de régulier dans leur retour; les épigastralgies, quand elles existent, n'incommodent plus, mais l'estomac conserve pendant longtemps une extrême susceptibilité, qui exige la plus grande réserve dans le choix et la quantité des aliments, sous peine de voir survenir des indigestions toujours nuisibles à la convalescence. Dans cette circonstance, l'emploi du suc gastrique ne serait-il pas d'un puissant secours ?

Lorsque la maladie a été compliquée, la convalescence dépend de la nature et de la gravité de la complication. Il est peu de malades qui soient aussi sujets aux rechutes que les suettiques; mais cet accident est lié plutôt à des fautes de régime ou de traitement qu'à la nature de la maladie. C'est ainsi que les rechutes sont surtout fréquentes lorsque les convalescents s'exposent à l'influence des causes qui ont contribué au développement de la suette, ou qu'ils reprennent trop tôt leur genre de vie habituel. Ce qui a été dit de la durée de l'affection et de sa facilité aux recrudescences, sous l'influence des causes les plus légères, me porte à considérer comme rechutes ces cas qui ont été donnés comme récidives survenues dans le courant de l'épidémie ; il est constant aussi que la suette peut se manifester souvent plusieurs fois chez le même individu, et il semble même que les malades qui en ont été atteints une première fois conservent une grande prédisposition à la contracter de nouveau. Chez eux, les récidives présentent quelquefois une certaine pério-

dicité : « Visi sunt quos dicto mense quotannis infestavit ; visi etiam « ab ea jugulari, quos antea ter quaterve lacessiverat » (Bellot). Malouin rapporte aussi l'exemple de personnes qui en ont été reprises plusieurs années de suite, et il ajoute que le retour de la maladie avait lieu, chaque année, dans le mois où elle s'était montrée la première fois. Ces assertions ont été en partie confirmées par plusieurs observateurs modernes ; on trouve dans Gastellier qu'un enfant de dix ans a eu quatre fois la miliaire en quinze mois, et qu'un adulte, après vingt et un jours de miliaire maligne et trois ou cinq jours de convalescence, *recommença la maladie sur de nouveaux frais.* Ici évidemment il y a eu rechute ; dans le premier cas, la récidive n'est que probable.

Durée. — Il résulte de ce que nous ont appris les auteurs, que la durée de cette maladie est des plus variables, puisqu'on l'a vue se terminer en vingt-quatre heures ou se prolonger pendant plusieurs jours, deux ou trois semaines, un mois et même plus. Dire de quel côté est la vérité et quel est le chiffre exact de la durée moyenne, cela n'est guère facile avec les données que nous possédons sur cette question. Pour ma part cependant, je pense que sans être une affection très-longue, la suette, en général, ne laisse pas de persister un certain temps. Il est très-probable que c'est, d'une part, pour n'avoir pas toujours fait entrer en ligne de compte la convalescence, et, d'autre part, pour n'avoir pas compris l'influence de certaines circonstances, telles que la méthode thérapeutique et les complications, que les observateurs sont arrivés à des résultats aussi différents.

Terminaison. — Dégagée de toute complication, la suette a une issue constamment favorable. Ce n'est que de nos jours qu'il a été reconnu que la maladie par elle-même est exempte de dangers, et que les décès doivent être uniquement attribués à des circonstances acci-

dentelles. On remarque toutefois qu'à une époque bien antérieure, sans avoir établi cette distinction, quelques observateurs avaient émis une opinion aussi favorable. C'est ainsi qu'au 16e siècle, Nuenarius écrit : « Videmus enim, quam multi de sudore convalescant : « imo si cura non desit, rarissimus esset, qui hoc morbo absumeretur. »

Beaucoup plus tard, cette assertion était pleinement confirmée par l'observation de Pujol. Ce sont très-certainement les complications, et surtout la méthode curative, qui, pendant longtemps, ont contribué à rendre les épidémies plus ou moins meurtrières, puisqu'on les voit perdre peu à peu de leur gravité à mesure que l'on s'éloigne des premières indications thérapeutiques. Quant à l'influence du génie épidémique, c'est là une cause sur laquelle il est permis d'élever des doutes, tandis que celles que je viens d'énoncer ne sauraient être contestées. M. Parrot nous dit avoir vu se manifester, aussitôt après la suette, une véritable épidémie de prurigo et de jaunisse. Ce dernier fait avait déjà été signalé par Pujol. On a cité aussi plusieurs exemples d'infiltrations séreuses.

Complications. — Les congestions cérébrale et pulmonaire, révélées par l'autopsie ou par les symptômes qui leur sont propres, doivent être mises au nombre des complications les plus fréquentes et les plus dangereuses de la suette. Sans affirmer que ces deux complications sont de l'essence de la maladie, l'on peut se demander si la suette, par sa nature, n'y prédisposerait pas. Mais ce qu'il est permis d'affirmer, sans crainte de beaucoup se tromper, c'est que, dans l'immense majorité des cas, ces raptus sanguins sont le résultat ou de l'imprudence des malades, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, d'une médication toujours dangereuse. Bien rarement les auteurs ont su rapporter à leurs véritables causes les phénomènes accidentels de cette affection, et qui, pour eux, étaient de fâcheux augure. Je ne sais si c'est après avoir fait la part des complications que quelques-uns, alors que la suette était réputée le plus

souvent mortelle, étaient arrivés à en porter un pronostic moins défavorable. Toujours est-il que la généralité des auteurs, tant anciens que modernes, n'a nullement établi cette distinction, dont l'initiative revient à quelques contemporains.

Au nombre des complications de la suette, il faut encore placer la fièvre intermittente; ce sont là des cas peu nombreux, et dont la rareté a lieu d'étonner, alors que l'on voit la suette régner aussi souvent dans des localités humides et marécageuses. Parmi les quelques épidémies où il soit fait mention de cette complication, je me bornerai à signaler celle dont nous a parlé M. Delisle (*Gazette médicale,* 1832). Il est question, dans le tableau qu'il a dressé des complications survenues chez 62 malades, de 10 terminaisons par fièvre intermittente. Je trouve ensuite l'excellent travail de M. Parrot beaucoup plus riche en faits de cette nature. Toutefois, malgré le mérite de l'auteur et la confiance qu'inspire son savoir, je me demande si réellement tous les cas qui, pour lui, ont été compliqués, doivent être acceptés comme tels; si parfois il n'aurait pas attribué à la fièvre intermittente ce qui au fond devait être rapporté à l'affection première. Cette réflexion m'est suggérée par plusieurs observations où je vois que l'emploi du sulfate de quinine, sans jamais avoir été nuisible, n'a cependant été d'aucun secours. Du reste, de l'aveu même de M. Parrot, ce médicament ne lui a pas toujours rendu les services qu'il en attendait. Il est encore un point de ce mémoire que je me permettrai de combattre; je veux parler de la surdité, qui a été donnée comme un des symptômes de la maladie. Il est démontré pour moi que cette circonstance est purement accidentelle et provoquée par l'usage du sulfate de quinine.

Je ne dois pas omettre de signaler le choléra, dont l'influence sur la marche et la terminaison de la suette a été diversement interprétée. Les faits que nous possédons sur cette question sont encore en trop petit nombre pour qu'il soit possible d'en déduire quelques conséquences utiles : aussi me bornerai-je à donner un résumé des diverses observations publiées en 1832 et 1849. Toutes les fois que

les deux affections se sont rencontrées sur un même point, le plus souvent elles se sont associées ; tantôt le choléra, se déclarant au début de la suette, interrompait le cours de cette dernière, de façon à n'en plus laisser de traces ; tantôt on observait des cholérines plus ou moins intenses, qui n'empêchaient pas la suette de suivre sa marche ordinaire (Pinel-Grandchamp, *Lancette franç.*, 1832). Ailleurs le choléra a été d'autant plus funeste qu'il a frappé sur des personnes déjà épuisées par des sueurs excessives ; toujours il a imprimé un profond dérangement à la marche de l'épidémie (Hourmann, *Gazette méd.*, 1832).

M. Delisle (loc. cit.) se contente de faire remarquer que la suette régna conjointement avec le choléra.

En 1849, M. Verneuil a vu, partout où il a observé, le choléra précéder de quelques jours l'invasion de la suette ; celle-ci n'attendait pas pour se déclarer que son compagnon fût arrivé à une période décroissante, car les deux épidémies, sévissant en même temps, présentaient des cas bien tranchés ; toutefois, dit l'auteur, les cas mixtes étaient plus fréquents dans ces conditions. Le Dr Lachaise (*Bulletins de l'Acad.*, 1849) est arrivé à formuler les lois suivantes : 1° la suette apparaissant épidémiquement avec le choléra peut être considérée comme un diminutif ou un abortif de ce dernier ; 2° toutes les fois que la suette a marqué le début de l'épidémie, le choléra a été peu intense et de courte durée. Pour combattre ces assertions, il me suffira de renvoyer aux auteurs que je viens de citer, et si ces autorités me manquaient, il me resterait ma propre observation, faible il est vrai, mais suffisante sinon pour repousser ces propositions, du moins pour ne pas me hâter de les accepter. En effet, à Puiseux (Aisne), où j'ai résidé pendant deux mois, la suette a précédé le choléra, qui n'a pas été moins meurtrier. Par trois fois il y a eu recrudescences de ce dernier, et, en même temps, je constatais des cas de suette plus ou moins nombreux. Chose singulière, et dont je ne chercherai pas à trouver l'explication, j'ai

toujours vu les deux affections marcher distinctes, jamais je n'ai rencontré un suettique atteint de choléra.

Cette remarque a aussi été faite par M. Bourgeois pendant l'épidémie d'Étampes : « J'ai rarement vu, dit-il, ceux qui ont souffert d'une manière notable être pris du choléra. » Tous ces faits pouvant conduire à d'autres plus clairs ou plus positifs dont il soit possible de tirer parti, j'ai cru devoir les mentionner.

Pour terminer ce paragraphe, il ne me reste plus qu'à citer, seulement pour mémoire, les affections vermineuses, si fréquemment observées dans les épidémies du 18e siècle, et qui, pour les humoristes, étaient une preuve des vices putrides des sucs digestifs ; les diarrhées, les bronchites, les ophthalmies, etc. Ces divers accidents, de même que les hémorrhagies, qui sont une conséquence de l'altération du sang, n'ayant jamais eu une action bien manifeste sur la marche ou la terminaison de la suette, ne sauraient, ce me semble, être considérés comme de véritables complications.

Diagnostic. — Le diagnostic de la suette est suffisamment établi par l'énumération complète que je viens de faire de tous ses symptômes. En se rappelant que c'est une maladie aiguë, épidémique, et essentiellement caractérisée par une invasion brusque, des sueurs abondantes, des douleurs épigastriques, un appareil fébrile plus ou moins développé, etc. etc., il sera toujours possible d'éviter l'erreur. Ce point, du reste, offre si peu de difficultés, que tous les auteurs n'ont pas cru devoir le discuter. M. Parrot ne voit pas, dans le cadre nosologique, de maladie avec laquelle la suette puisse être confondue : « Je suis sûr, dit-il, qu'il n'est jamais arrivé qu'un médecin hésitât sur le diagnostic. »

Pronostic. — Les complications, ordinairement si fréquentes dans cette affection, doivent être pour le médecin le principal élément du pronostic, qui alors doit toujours être réservé.

Anatomie pathologique. — Les sujets qui succombent atteints de cette affection ont coutume d'offrir, en très-peu de temps, des signes de putréfaction : « Ii, post aliquot horas statim putrefactionis « indicia præbent, fœtorem tabem undique defluentem » (H. Nuenarius). Dans la suette de Turin, Allioni a eu également occasion de constater la prompte décomposition et l'intumescence des cadavres : « Hominum hoc morbo ereptorum cadavera cito, intolerabiliter « fœtent et intumescunt. » Suivant M. Parrot, des ecchymoses noires, violettes, verdâtres, se font remarquer çà et là sur la superficie du corps.

L'estomac est habituellement sain ; quelquefois il y a injection hypostatique du tube digestif, et une légère tuméfaction des glandes de Brunner ou des plaques de Peyer (Parrot). D'après M. Rayer, dans les cas où les phénomènes gastriques étaient excessifs, la muqueuse stomacale a été trouvée d'un rouge plus ou moins vif, les vaisseaux capillaires injectés, et la rougeur se prolongeant dans le petit intestin où elle était beaucoup moins apparente. Chez trois sujets dont il a fait l'ouverture, M. Bourgeois a constaté l'injection de la muqueuse intestinale, le gonflement des plaques de Peyer, et une éruption vésiculeuse des plus abondantes dans le gros intestin. Assez souvent, on a observé l'augmentation du volume de la rate, et une notable diminution dans sa consistance.

Le foie, dit M. Parrot, est presque toujours augmenté de volume, au point de dépasser d'un tiers son volume ordinaire.

Du côté des voies respiratoires, la muqueuse du larynx et de la trachée est le siége d'une rougeur plus ou moins marquée ; les poumons sont toujours gorgés de sang, surtout à leur partie postérieure.

En général, les sinus veineux et les vaisseaux de la pie-mère sont fortement gorgés d'un sang noir et fluide. Non-seulement après la mort, mais même pendant la vie, le sang offre des altérations manifestes ; pour sa couleur et sa consistance, on l'a comparé à de la gelée de groseille ; son caillot est diffluent, et jamais il ne présente de

couenne. «... Adeo liquatur dissolviturque sanguis, ut eductus in « vasculis, et aeri frigidiori expositus vix ac ne vix quidem concres- « cat » (Bellot). Dans quelques cas, dans ceux principalement où les méninges étaient violemment injectées, M. Parrot a remarqué, dans la substance blanche, un pointillé rouge. Assez souvent il existait, dans les ventricules, un épanchement de sérosité plus ou moins considérable. L'autopsie d'un certain nombre de sujets a révélé à M. Gally des indices de congestion dans les trois cavités; dans un cas, des traces de phlegmasie du tube digestif et de la moelle épinière.

Quelquefois cependant on n'a rencontré aucune altération qui pût être regardée comme cause de mort.

Nature. — Des opinions, souvent bien différentes entre elles, ont été émises sur la nature de la suette. Pour J. Castricus, N. Massa, et presque tous les premiers observateurs, cette affection était de nature pestilentielle. Welsch la considérait comme une éruption particulière des humeurs de l'économie.

Bellot place le siége de la maladie dans une liquéfaction et une altération putride du sang, par suite d'un miasme répandu dans l'air: « Delato subinde ad sanguinem veneno, illius tota rarescit, quæ bre- « vis putrescet, moles. » L'auteur admet cependant un certain état inflammatoire.

Allioni regarde comme cause de la miliaire un virus âcre et très-subtil, exerçant une influence délétère sur le système nerveux, et analogue au virus des fièvres éruptives.

D'après de Haen, la fièvre miliaire est une fièvre continue, putride, et les exanthèmes qui la caractérisent sont produits par un sang dissous et corrompu.

Hoffmann plaçait la cause du pourpre rouge dans une sérosité âcre et sulfureuse; celle de la miliaire cristalline, dans une lymphe acide.

Hamilton fait dépendre cette maladie d'une certaine acrimonie

acide du sang, de la sérosité trop abondante et de la trop grande commotion du fluide nerveux.

Suivant Baraillon, la miliaire ne se manifeste pas par des symptômes propres à l'inflammation; le caractère putride ne paraît pas lui convenir davantage. Il ne se prononce pas sur la nature de l'affection, repousse les opinions de de Haen et d'Hamilton, en disant qu'on ne connaît pas encore la nature des miasmes qui développent cette fièvre, la manière dont ils affectent les humeurs, et les changements qu'ils y produisent.

Planchon assure que le levain miliaire n'est pas inflammatoire, qu'on doit accuser une abondance de lymphe et de sérosités âcres qui irritent spécialement les nerfs, et dont les effets dénotent la tendance à la putridité.

Boyer, Lepecq de la Clôture, Pujol, etc., attribuaient la maladie aux humeurs, aux levains putrides de l'économie, à une bile dégénérée, en stagnation dans la vésicule du fiel.

Depuis longtemps ces doctrines sont tombées d'elles-mêmes, avec les théories qui leur avaient donné naissance. Celles qu'on leur substitue, pour se rattacher à des explications plus rationnelles, ne laissent pas de s'étayer toutes, une seule exceptée, de faits douteux ou négatifs. J'en nommerai quelques-unes.

M. Rayer se refuse à ne considérer la maladie que comme une gastrite ou une gastro-entérite, et pense que si « on faisait un ordre particulier des phlegmasies, dans lesquelles plusieurs tissus sont lésés et souffrants, la suette miliaire devrait y être placée auprès de la variole, de la scarlatine. » L'absence de toute propriété contagieuse, et la différence d'éruption factice dans celle-ci, naturelle dans les fièvres éruptives, sont des caractères qui, certes, ne permettent pas un tel rapprochement. Quant aux injections des muqueuses gastriques et intestinales, elles peuvent fort bien n'être qu'un effet de l'altération du sang, une forme d'hémorrhagie, et nullement un résultat de l'inflammation.

M. Rochoux range la suette dans la classe des maladies produites

par empoisonnement palustre; nous avons vu que cette assertion n'est pas encore démontrée.

Je ne saurais dire si c'est d'après l'observation d'un certain nombre de symptômes spéciaux, les résultats nécroscopiques, ou la plus grande aptitude du sexe féminin à contracter la maladie, que MM. Bourgeois et Gally ont soutenu qu'elle était de nature nerveuse. L'état du sang ne rendrait-il pas tout aussi bien compte de ces accidents nerveux?

Enfin, suivant M. Foucart, la suette est de nature septique ou toxémique. Les preuves qui témoignent d'une manière satisfaisante en faveur de cette opinion, la seule acceptable à mon avis, sont l'altération du sang et la rapide décomposition des cadavres.

Traitement prophylactique.—Ce traitement consiste exclusivement dans l'emploi de moyens hygiéniques : éviter les causes qui semblent favoriser le développement de la suette, se tenir à peu près dans les mêmes conditions prescrites à ceux qui en sont frappés; tel est, à mon sens, le moyen le plus probable, avec l'émigration, de soustraire bon nombre de personnes aux atteintes de la maladie. On a aussi conseillé l'isolement des localités infectées et des malades, l'interdiction de rassemblement sur le théâtre de l'épidémie. Ces précautions n'auraient d'efficacité qu'autant que l'affection serait contagieuse. Certains auteurs ont recommandé d'évacuer, à l'aide de vomitifs et purgatifs, la bile et les humeurs susceptibles d'être altérées, afin de donner moins de prise à la maladie, et de faire usage des toniques, des acides, pour corriger la tendance des humeurs à la putridité : on sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur la valeur de cette opinion. M. Rayer approuve l'emploi des sangsues et saignées chez les individus forts et vigoureux, « non comme moyen préservatif, mais pour les placer dans une condition organique moins favorable au développement des violentes irritations viscérales. » L'auteur fait en outre remarquer que les individus faibles

ou affaiblis ont beaucoup moins de chances d'être attaqués. En acceptant cette proposition, il faut admettre la nature inflammatoire de la suette, et placer sur une même ligne les constitutions naturelles et les constitutions acquises. Quant à l'inoculation, assez d'expériences ont répondu à ce conseil de Gastellier.

Traitement curatif. — Tous les principaux agents des diverses médications ont été tour à tour, et associés de toutes les manières, dirigés contre cette affection, selon les idées que les auteurs se faisaient de la nature de la suette, et selon les indications qu'ils croyaient avoir à remplir. Je vais, aussi rapidement que possible, passer en revue les principales de ces médications, et tâcher d'apprécier leur mérite réel.

Diaphorétiques. La plupart des médecins ont, pendant longtemps, mis tous leurs soins à entretenir la transpiration, qu'ils considéraient comme un moyen salutaire employé par la nature pour se débarrasser du principe morbide. Nous savons quelles ont été les funestes conséquences de ce préjugé, que partagent encore quelques praticiens, et que l'on a tant de peine à déraciner de l'esprit du vulgaire.

Stimulants, antiseptiques, astringents, toniques, vomitifs, purgatifs. La théorie, bien plus que la pratique, a présidé au choix de ces indications, qui n'ont qu'une valeur purement secondaire : ainsi les toniques ne trouvent leur application que dans la convalescence, rarement dans la période d'état ; les vomitifs ne peuvent être utiles que dans le cas d'embarras gastrique, rien ne justifie le rôle qu'on s'est plu à leur faire jouer. Quelques-uns les ont conseillés, afin de produire dans l'économie une perturbation salutaire ; d'autres leur ont reconnu une action spécifique. Cette dernière opinion a été soutenue par M. Foucart, qui a surtout préconisé l'ipécacuanha. J'ai peine à m'expliquer l'influence d'un tel agent sur une affection de

nature septique, j'aime mieux rapporter les heureux résultats obtenus par l'auteur à ses soins hygiéniques parfaitement compris. Quant aux purgatifs, leur seul mérite consiste à faire cesser la constipation que les lavements ont été impuissants à vaincre. A quelque époque que ce soit de la maladie, on peut y avoir recours, et faire bon marché de ces craintes chimériques fondées sur la répercussion de l'exanthème, la cessation de la sueur, etc.

Antispasmodiques. Il ne nous est guère facile de pouvoir apprécier la valeur de cette médication; les auteurs se contentent de nous faire savoir qu'ils l'ont employée avec succès, mais ils ne font pas connaître les modifications qu'elle a imprimées à la maladie, et le temps pendant lequel il a été nécessaire d'en faire usage. Connaissant l'irrégularité des accidents de la suette, il est naturel de se demander si l'on n'aurait pas attribué au médicament un résultat qui est de l'essence de la maladie.

Antiphlogistiques. Peu d'auteurs ont su garder un juste milieu dans l'application de cette médication; les uns l'ont adoptée comme base de leur traitement, les autres l'ont repoussée systématiquement; M. Foucart va même jusqu'à affirmer qu'elle est toujours nuisible, souvent funeste. Je ne crains pas de dire que de part et d'autre il y a eu exagération. D'après ce que m'ont appris et ma faible expérience, et l'étude des auteurs, je crois être fondé à établir que, lorsque la fièvre est modérée, la respiration libre, la céphalalgie supportable, qu'aucune complication n'est imminente, les émissions de sang ne peuvent qu'avoir des inconvénients; que dans les circonstances opposées au contraire, il est sinon de nécessité absolue, du moins d'une sage précaution, d'y avoir recours, suivant l'âge, la force des sujets, la gravité des accidents.

Le traitement curatif réclame surtout l'emploi de moyens hygiéniques; la première indication à remplir est de soustraire le malade à l'influence de la chaleur, en le débarrassant des couvertures

sous lesquelles on ne manque jamais de l'étouffer pour ainsi dire. Il faut fréquemment renouveler l'air de la chambre, la laisser ouverte lorsque la saison le permet, en garantissant toutefois des courants d'air. Autant que les forces du malade le lui permettront, il évitera de garder le lit, et lorsque le besoin de sommeil se fera sentir, il ne craindra pas de s'y livrer, avec la précaution de peu se couvrir. La plus grande propreté est de rigueur, et dès que les vêtements sont mouillés, il faut s'empresser de les quitter. Le médecin ne négligera pas de recommander l'usage de boissons froides et acidules; il s'attachera aussi à dissiper les craintes toujours exagérées de ses malades.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'organe de la voix, considéré sous le point de vue physique.

Chimie. — Des caractères des azotates.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique de l'aloès; décrire les préparations dont il fait la base, et les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des antirrhinées.

Anatomie. — Des corps glanduleux ou glanduliformes annexés au larynx. Quel est le trajet de la membrane muqueuse du larynx? De la disposition de son orifice supérieur.

Physiologie. — Comment, à l'aide du sens de la vue, jugeons-nous de la grandeur des objets, de leur distance et de leurs mouvements?

Pathologie interne. — Des lésions organiques qui peuvent produire l'ascite.

Pathologie externe. — De la contusion et de ses effets, résultant de son degré d'intensité et de son siége.

Pathologie générale. — Des caractères physiques et chimiques qui

distinguent le liquide des hydropisies, et celui qui est exhalé dans les cavités des membranes séreuses sous l'influence de l'inflammation.

Anatomie pathologique. — Des diverses formes anatomiques qu'affecte le cancer du foie.

Accouchements. — Des tumeurs du bassin, considérées comme causes de dystocie.

Thérapeutique. — Comparer le mercure et l'iode dans le traitement des maladies syphilitiques.

Médecine opératoire. — De l'amputation tarso-métatarsienne.

Médecine légale. — Des signes de la grossesse, et comment reconnaître l'époque à laquelle elle est parvenue.

Hygiène. — Des premiers rapports qui s'établissent entre l'enfant nouveau-né et la température atmosphérique.

Vu, bon à imprimer.

BOUILLAUD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 8 juillet 1853.